

**Estudo transversal da autopercepção de saúde em adultos residente na cidade de Anápolis – Goiás e a influência do estilo de vida, do acesso ou não à assistência à saúde e a presença ou não de doenças crônicas**

**Study of health self-perception in adults resident in the city of Anápolis - Goiás and the influence of lifestyle, access or not to health care**

DOI:10.34117/bjdv6n1-039

Recebimento dos originais: 30/11/2019

Aceitação para publicação: 06/01/2020

**Elisângela Schmitt Mendes Moreira**

Formação acadêmica: Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade do Planalto Central  
Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente pela UniEvangélica  
Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA  
Endereço completo: Centro Universitário de Anápolis - Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária – Anápolis-GO  
E-mail: lissmoreira@yahoo.com.br

**Filipe Rodrigues de Sousa Borges**

Formação acadêmica: Bacharel em Medicina (UniEVANGÉLICA)  
Instituição de atuação atual: Residência Médica no Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO  
Endereço completo: Avenida 31 de Março, s/n, Av. Pedro Ludovico, Goiânia - GO, 74820-300  
E-mail: filipersb@gmail.com

**Mirian Paiva Silva**

Formação acadêmica: Bacharel em Medicina (UniEVANGÉLICA)  
Instituição de atuação atual: Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis - GO  
Endereço completo: Av. Brasil Sul, 200 - St. Central, Anápolis - GO, 75080-240  
E-mail: myrianmps@gmail.com

**Danyelle Rocha da Silva**

Formação acadêmica: Bacharel em Medicina (UniEVANGÉLICA)  
Endereço completo: Centro Universitário de Anápolis - Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade Universitária – Anápolis-GO  
E-mail: dany.rochelly@gmail.com

**Bráulio Brandão Rodrigues**

Formação acadêmica: Bacharel em Medicina (UniEVANGÉLICA)  
Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Endereço completo: Centro Universitário de Anápolis - Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade  
Universitária – Anápolis-GO  
E-mail: brandaobbr@gmail.com

**Mariana Akemi Matsuy**

Formação acadêmica: Bacharel em Medicina (UniEVANGÉLICA)  
Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA  
Endereço completo: Centro Universitário de Anápolis - Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade  
Universitária – Anápolis-GO  
E-mail: med.marianamatsuy@gmail.com

**Fábio Fernandes Rodrigues**

Formação acadêmica: Bacharel em Fisioterapia - Universidade Estadual de Goiás - UEG  
Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás-  
PUC GO  
Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA  
Endereço completo: Centro Universitário de Anápolis - Av. Universitária Km. 3,5 - Cidade  
Universitária – Anápolis-GO  
E-mail: fabio.rodrigues@unievangelica.edu.br

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Descrever como a população adulta residente em Anápolis – GO avalia as suas condições de saúde. **MÉTODOS:** Foram entrevistados 200 moradores do bairro Santa Maria de Nazareth, do município de Anápolis – GO, com faixa etária entre 20 a 91 anos. Os questionários continham informações sobre características individuais, da habitação, hábitos relacionados à saúde, hábitos de vida e auto avaliação da saúde. A análise estatística foi realizada pelo teste de Wilcoxon para amostras independentes para comparação das medianas das idades entre os grupos masculino e feminino, e pelo teste do qui quadrado ( $\chi^2$ ) para comparação dos valores entre as multivariáveis foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Em todos os testes aplicados, considerou-se como diferença estatisticamente significativa quando a probabilidade foi menor do que 0,05 ( $p < 0,05$ ). **RESULTADOS:** A doença mais prevalente na amostra foi hipertensão arterial (28%), porém, 40% dos entrevistados não relataram comorbidades. A autopercepção de saúde regular foi a mais relatada entre os hipertensos e diabéticos, com 50% e 47%, respectivamente. Estes dados apresentaram diferenças estatísticas significativas ( $p=0,0001$ ). Quanto ao estilo de vida, 69% dos entrevistados relataram que não são fumantes, 68% não ingerem bebida alcoólica, 69% são sedentários e 99% não usam drogas ilícitas. **CONCLUSÃO:** Os dados apresentados mostram uma estrutura multidimensional da autopercepção de saúde e evidenciam que a população percebe saúde não apenas como inexistência de doença, mas também como um conceito relacionado com aspectos sociais e demográficos, e em menor proporção, com aspectos comportamentais.

**Palavras-Chaves:** Autoavaliação, Atenção Primária à Saúde, Análise socioeconômica.

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To describe how the adult population in Anápolis - GO assesses their health. **METHODS:** We interviewed 200 residents of the neighborhood Santa Maria de Nazareth, the city of Anápolis - GO, aged between 20-91 years. The questionnaires contained information on individual characteristics, housing, health-related habits, living habits and self-rated health. Statistical analysis was performed using the Wilcoxon test for independent samples to compare the median ages between males and females, and the chi-square test ( $\chi^2$ ) to compare values between multivariable was used the nonparametric Kruskal-Wallis . In all tests, it was considered as statistically significant when the probability was less than 0.05 ( $p < 0.05$ ). **RESULTS:** The most prevalent disease in the sample was hypertension (28%), however, 40% of respondents reported no comorbidities. Regular self-rated health was the most reported among hypertensive and diabetic, 50% and 47%, respectively. These data show statistically significant differences ( $p = 0.0001$ ). As for lifestyle, 69% of respondents reported that they are non-smokers, 68% do not ingest alcohol, 69% are sedentary and 99% do not use illegal drugs. **CONCLUSION:** The data presented show a multidimensional structure of self-rated health and show that the population perceives health as not only the absence of disease, but also as a concept related to social and demographic aspects, and to a lesser extent with behavioral aspects.

**Keywords:** Self-evaluation, primary health care, socio-economic analysis.

**1 INTRODUÇÃO**

O Processo Saúde-Doença caracteriza a forma como o organismo sofre modificações em seu funcionamento normal, levando ao desenvolvimento de doenças<sup>1</sup>. Atualmente, este processo é visto como uma consequência de inúmeros fatores, pensamento comum ao da Escola Hipocrática, para a qual, alcançar um bom estado de Saúde dependia da associação de vários determinantes, envolvendo tanto aspectos biológicos, quanto psíquicos e sociais<sup>1</sup>.

Estudos demonstram que o grau de saúde de uma determinada população está intimamente ligado às desigualdades a que estão submetidas e também ao nível de vínculos sociais existentes entre os indivíduos do grupo. Os diversos fatores que, de alguma forma, estão associados à situação de saúde são definidos como Determinantes Sociais de Saúde e incluem principalmente: fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Os estudos que tentam identificar essas relações e seus impactos junto à saúde da população demonstram que países com pouca coesão social, especialmente gerada pela grande diferença de renda, investem pouco em capital humano e redes de apoio social, minimizando a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva. Além disso, demonstram

ainda que nem sempre as sociedades mais ricas são as que possuem melhor nível de saúde, mas sim aquelas que são ditas igualitárias e coesas socialmente <sup>2</sup>.

Investigações de autopercepção de saúde sofrem grande influência das condições socioeconômicas, sexo, idade, presença de doenças crônicas, expectativas, visão de mundo, vínculo com o Serviço de Saúde sendo baseada em critérios subjetivos e objetivos<sup>3</sup>.

Este trabalho, portanto, teve como objetivo entender como se dá a autopercepção de saúde da população residente em Anápolis-GO, de modo que isto possa servir de ferramenta para a implementação e melhoria das políticas públicas de saúde e melhoria na qualidade de vida destas populações.

Sabe-se que a percepção é um processo pelo qual os indivíduos interagem, por meio de mecanismos perceptivos, com o meio em que vivem. Tais mecanismos envolvem a captação de estímulos externos e a análise destes por meio da inteligência, atribuindo aspectos subjetivos<sup>4</sup>. Cada pessoa entende o risco de uma forma diferente, e este está quase sempre relacionado com o ambiente em que vivem, sendo impraticável separar saúde de meio ambiente<sup>5</sup>. Assim, diante da subjetividade conceitual e das percepções individuais, vários estudos têm sido realizados com o intuito de entender a percepção que as populações têm acerca de sua saúde.

A autoavaliação de saúde obtém informações em relação ao que a população pensa acerca do próprio estado de saúde, fornecendo assim dado dos vários aspectos de vida dos indivíduos, principalmente quando associam saúde a determinantes demográficos e socioeconômicos, doenças crônicas e capacidade funcional<sup>6</sup>. Estudos de autopercepção são considerados excelentes preditores de morbidade e mortalidade, sendo, portanto, importantes para a avaliação da saúde populacional<sup>7</sup>. A mortalidade é maior entre pessoas com percepção de saúde ruim, estando, portanto, estes conceitos intimamente ligados<sup>8</sup>.

Entender o processo saúde-doença de uma comunidade por meio do uso de sua autopercepção de saúde envolve inúmeros aspectos subjetivos que acabam por limitar sua utilização. No entanto, por ser de fácil aplicação, tem sido utilizada na pesquisa e na prática na tentativa de identificar os fatores que influenciam esta autoavaliação<sup>9</sup>. A instalação de políticas públicas com base nos fatores identificados ajuda no fortalecimento das relações sociais nas comunidades, aumentando o nível de saúde na mesma<sup>10</sup>.

Assim, este trabalho visa descrever como a população adulta residente na cidade de Anápolis-GO avalia as suas condições de saúde, através de fatores socioeconômicos, biológicos, além da influência do estilo de vida, do acesso ou não à assistência à saúde e a

presença ou não de doenças crônicas na autoavaliação da percepção de saúde em adultos residentes na cidade de Anápolis-GO.

## 2 MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal com amostra representativa de adultos residentes na cidade de Anápolis-GO. A pesquisa foi de campo, comparativa, de natureza analítica e abordagem quantitativa.

A população da pesquisa foi composta por indivíduos com idade entre 20 a 91 anos, voluntários, de ambos os sexos e que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para análise foi aplicada estatística descritiva para verificar os valores da frequência simples das variáveis qualitativas e medianas para comparação do perfil etário entre os sujeitos masculinos e femininos. Desta forma, a análise estatística foi realizada pelo teste de wilcoxon para amostras independentes para comparação das medianas das idades entre os grupos masculino e feminino, e pelo teste do qui quadrado ( $\chi^2$ ) para comparação dos valores entre as multivariáveis foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. Em todos os testes aplicados, considerou-se como diferença estatisticamente significativa quando a probabilidade foi menor do que 0,05 ( $p < 0,05$ ). Os critérios de inclusão da amostra foram: indivíduos adultos, com idades de 20 a 91 anos, de ambos os sexos, residente no bairro Santa Maria de Nazareth - Anápolis-GO. Já os critérios de exclusão: crianças, adolescentes; adultos com comprometimentos de fala e/ou audição, ou que tenham problemas psiquiátricos graves.

Foi realizada uma entrevista estruturada contendo questionamentos referentes à autopercepção de saúde e as influências de fatores socioeconômicos, biológicos, ambientais, estilo de vida, acesso ou não à assistência à saúde, presença ou não de doenças crônicas na autoavaliação.

Os moradores foram convidados a participar da pesquisa, e aos que aceitaram participar, a entrevista foi realizada dentro da casa do próprio entrevistado, em local que este achou mais adequado, desde que oferecesse a devida privacidade ao entrevistado.

Antes da realização da entrevista, foi lido pelo pesquisador responsável, o TCLE. No caso de pessoas não alfabetizadas, os pesquisadores não fizeram a leitura do TCLE, neste caso foi solicitada a leitura do mesmo por uma pessoa de inteira confiança e escolha do participante. Cada sujeito participante foi informado sobre o que se tratava a pesquisa e que em momento

algun teria sua identidade mencionada, bem como da possibilidade de desistência em participar da pesquisa a qualquer momento que deseje. Os que concordaram, assinaram o TCLE ou tiveram a impressão digital coletada, no caso de não alfabetizados.

Os materiais utilizados para coleta de dados foram a entrevista impressa, caneta e prancheta.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA, e está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

### **3 RESULTADOS**

Foram entrevistados 200 moradores do bairro Santa Maria de Nazareth, do município de Anápolis, Goiás. O total de mulheres foi de 60% (n=120) e de homens 40% (n=80). Não houve diferença estatística das medianas de idade entre os sexos (p=0,096).

A faixa etária com o maior número de entrevistados foi de 51 a 66 anos (30%). Quanto à etnia, 44% dos entrevistados relataram ser pardos, seguidos da etnia branca (41%) e negra (15%).

A maioria dos entrevistados, quanto ao estado civil, relatou ser casado (47%). Em relação ao perfil de escolaridade, houve predomínio de pessoas com o 2º grau completo (29%), seguido de 2º grau incompleto, 1º grau completo, 1º grau incompleto, 3º grau incompleto, 3º grau completo e analfabeto.

Quando analisado o perfil da renda familiar entre os adultos pesquisados, houve predomínio de faixa de renda de 1 a 2 salários (62,5%), seguido da faixa de 3 a 4 salários, sem renda e faixa renda acima de 5 salários.

Quando arguidos sobre a autopercepção de saúde, a maioria dos entrevistados relatou ter “boa saúde” (53%). Esta tendência foi verificada também quando considerou-se o sexo: 55% das mulheres relataram “boa saúde”, assim como em 50% dos homens. Quanto à opção de saúde “muito ruim”, somente 1 mulher declarou possuir este tipo e nenhum homem relatou essa opção.

Quando analisado a associação entre autopercepção de saúde com as variáveis de acesso à saúde e presença de doenças crônicas, 52% dos entrevistados relataram procurar a Unidade Básica de Saúde da Família do bairro e, destes, 48,5% relataram apresentar “boa saúde”. Dos que procuram o hospital (48%) para assistência à saúde, 43% relataram possuir

saúde “muito ruim”. Os dados não apresentaram diferenças estatísticas significativas ( $p=0,0644$ ).

Quanto à frequência de motivos para ir ao médico, 72% relataram ir somente quando doente e 28% rotineiramente. Dos que vão quando estão doentes, 54% relataram ter “boa saúde” e dos que relatam rotineiramente, 50% referem também possuir “boa saúde”. Os resultados não apresentaram diferenças estatísticas significativas ( $p=0,2410$ ).

Quanto à vacinação, 86% ( $n=171$ ) relataram estar com a vacinação em dia e, destes, 52% ( $n=89$ ) relataram possuir “boa saúde”, os que não estavam com a vacinação em dia (4% ( $n=29$ )), 58,5% ( $n=17$ ) relataram ter “boa saúde”. Os dados não tiveram diferenças estatísticas significativas ( $p=0,7380$ ).

As doenças mais prevalentes na amostra entrevistada foram hipertensão arterial (28%) e diabetes mellitus (17%), porém, 40% dos entrevistados não relataram comorbidades. A autopercepção de saúde regular foi a mais relatada entre os hipertensos e diabéticos, com 50% e 47%, respectivamente. Estes dados apresentaram diferenças estatísticas significativas ( $p=0,0001$ ).

Quanto ao estilo de vida, 69% dos entrevistados relataram que não são fumantes, 68% não ingerem bebida alcoólica, 69% são sedentários e 99% não usam drogas ilícitas. Todos os dados não apresentaram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 01: Associação entre autopercepção de saúde com as variáveis de acesso à saúde e presença de doenças crônicas de adultos da cidade de Anápolis, 2016.

Variáveis	Muito boa (n=6)		Boa (n=106)		Regular (n=72)		Ruim (n=15)		Muito ruim (n=1)		Total (n=200)		p
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Assistência Saúde</b>													0,0644*
UBSF	5	63	73	61	58	70	13	81	1	2	150	52	
Hospital	3	38	47	39	25	30	3	19	59	98	137	48	
Total de respostas	8	100	120	100	83	100	16	100	60	100	287	100	
<b>Vai ao médico quando?</b>													0,2410*
Quando doente	6	100	78	74	51	71	8	53	1	100	144	72	
Rotineiramente	0	0	28	26	21	29	7	47	0	0	56	28	
<b>Vacinação em dia</b>													0,7380*
Sim	6	100	89	84	63	88	12	80	1	100	171	86	
Não	0	0	17	16	9	13	3	20	0	0	29	14	
<b>Presença de doenças crônicas</b>													0,0001*
Nenhuma	15	94	96	53	27	20	3	10	3	100	144	40	*
HAS	0	0	40	22	51	38	10	33	0	0	101	28	
DM	0	0	25	14	29	22	8	27	0	0	62	17	
Cardiopatia isquêmica	0	0	2	1	3	2	1	3	0	0	6	2	
Chagas	0	0	1	1	5	4	2	7	0	0	8	2	
Def. Mental	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	
Chagas	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	
Depressão	0	0	1	1	7	5	1	3	0	0	9	2	
Outros	1	6	15	8	11	8	4	13	0	0	31	9	
Total de respostas	16	100	180	100	134	100	30	100	3	100	363	100	

Teste do qui-quadrado com nível de significância de 95% ( $p \leq 0,05$ ) \*\*Teste de Kruskal-Wallis com nível de significância de 95% ( $p \leq 0,05$ ).



Tabela 02: Associação entre autopercepção de saúde com o estilo de vida de adultos da cidade de Anápolis, 2016.

Variáveis	Muito boa (n=6)		Boa (n=106)		Regular (n=72)		Ruim (n=15)		Muito ruim (n=1)		Total (n=200)		p
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Uso de tabaco</b>													0,7780
Sim	1	17	32	30	24	33	6	40			63	32	
Não	5	83	74	70	48	67	9	60	1	100	137	69	
<b>Consumo de bebida alcóolica</b>													0,5861
Sim	2	33	39	37	19	26	4	27			64	32	
Não	4	67	67	63	53	74	11	73	1	100	136	68	
<b>Condição de sedentarismo</b>													0,2510
Sim	3	50	69	65	56	78	9	60	1	100	138	69	
Não	3	50	37	35	16	22	6	40			62	31	
<b>Uso de drogas</b>													0,7440
Sim			2	2							2	1	
Não	6	100	104	98	72	100	15	100	1	100	198	99	

\*Teste do qui-quadrado com nível de significância de 95% ( $p \leq 0,05$ ).

#### 4 DISCUSSÃO

O presente estudo constatou que as mulheres tem melhor percepção sobre sua saúde, o que difere de alguns estudos da literatura, da qual os homens relatam ter melhor percepção de sua saúde<sup>11</sup>. Alguns estudos não demonstraram predomínio de um sexo sobre o outro quanto à percepção da saúde<sup>12</sup>, assim como diferença estatísticas significativa<sup>13</sup>.

Uma explicação é que a política brasileira de saúde do homem veio sanar em 2009 uma lacuna histórica na qual eles não recebiam a devida atenção do sistema de saúde. Isso pode ter contribuído para que manifestassem mais que o sexo feminino uma percepção positiva de saúde<sup>14</sup>.

Neste estudo a faixa etária com o maior número de participantes foi entre 51 e 66 anos. Além disso, quanto maior a idade, pior a autopercepção de saúde, visto que a percepção da saúde como boa diminui a partir de 67 anos e a percepção regular aumentou com a idade, e isto acontece principalmente em mulheres<sup>15</sup>. Outros estudos sugerem que o avançar da idade implica em um aumento da probabilidade do relato de problemas de saúde pelos indivíduos<sup>16</sup>. Dachs afirma que a probabilidade dos indivíduos classificarem o estado de saúde como ruim aumenta significativamente a partir dos 65 anos de idade, sendo a idade, desta forma, o determinante mais importante do estado de saúde autopercebido.

Outros estudos evidenciaram que faixas etárias mais jovens, afirmaram percepção de “saúde boa”, assim como foi evidenciado no estudo de Santos<sup>14</sup>, 65,1% dos adolescentes consideraram sua saúde como boa, outros estudos também comprovam essa tendência<sup>16</sup>.

A cor da pele foi definida de acordo com o relato do entrevistado (e posteriormente dicotomizada em branca ou não branca). 59% se referiram como não branca, corroborando com o estudo de Reichert et al.<sup>16</sup>, contudo nas pesquisas de Agostinho et al.<sup>5</sup>, demonstrou predominância de brancos. Isso pode ser entendido, devido à grande miscigenação do Brasil, estabelecer padrões de etnias, principalmente para população leiga, é de grande dificuldade.

Assim como em quase toda literatura verificada, no presente estudo, predominou o estado civil casado, seguido de solteiros<sup>17,18,19</sup>. Apenas Hartmann<sup>15</sup> distingue-se, sendo que encontrou mais viúvos do que casados.

A escolaridade é um dos determinantes mais importantes da avaliação da autopercepção da saúde. Dachs<sup>19</sup> mostrou que a razão de chances de ser classificado no estado de saúde muito bom é 1,055 para cada ano adicional de escolaridade. Hartmann<sup>15</sup> verificou também que a maior escolaridade apresenta uma relação estatisticamente significativa com uma melhor autopercepção de saúde principalmente em idosos<sup>20</sup>. Todavia no estudo de Porto Alegre, observou-se que em indivíduos com escolaridade mais elevada (acima de 13 anos), a boa autopercepção de saúde foi menos referida (18%) em comparação àqueles de menor escolaridade (1 a 8 anos) que apresentaram 30% de boa percepção de saúde<sup>21</sup>, isto pode ser explicado, pelas questões de grande carga de trabalho, onde o lazer e o bem estar mental e físico é colocado em segundo plano.

Moreira et al.<sup>13</sup> demonstrou assim como na presente pesquisa que a maioria dos entrevistados tinham ensino médio completo e incompleto (2º grau). A renda familiar é outro determinante que influi na autopercepção sobre a saúde. Agostinho et al.<sup>5</sup> observou que classes sociais A e B referiram ter boa autopercepção de saúde em menor proporção do que as classes C, D e E. Isso poderia ser atribuído a uma maior expectativa do significado de boa saúde para as classes sociais mais altas, influenciada diretamente pela menor prevalência e incidência de doença nesses segmentos sociais<sup>22,23</sup>. Outros estudos também observaram relação significativa com a melhor condição socioeconômica e a melhor autopercepção de saúde<sup>24</sup>.

A presença de doenças, principalmente doenças crônicas, é o determinante mais importante relacionado à autopercepção de saúde. Hartmann<sup>15</sup> observou que doenças como reumatismo, bronquite, pressão alta, diabetes mellitus e isquemia cerebral, apresentaram associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde ( $p < 0,001$ ), enquanto,

a ausência de todas as doenças abordadas se mostrou relevante para a autopercepção da saúde como boa ou ótima.

Em um estudo realizado em São Paulo com idosos foi observado que para os homens, a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco 10,53 vezes maior de uma autopercepção ruim de saúde e para as mulheres, esse risco foi 8,31 vezes maior<sup>25</sup>. Nesse mesmo estudo, na ausência de doenças crônicas, ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas tiveram maior probabilidade de relatar uma boa autopercepção de saúde em comparação com os homens<sup>25</sup>.

O estilo de vida relacionado com o tabagismo, etilismo, sedentarismo e utilização de drogas ilícitas é visto pela população como determinantes de autopercepção de saúde. Alguns estudos relacionam o estilo de vida excelente ou muito bom com autopercepção positiva de saúde, corroborando a assertiva de que a autopercepção de saúde reflete objetivamente a real condição de saúde do indivíduo<sup>26</sup>.

A utilização da autopercepção de saúde para justificar o processo saúde-doença possui estreitas relações com características subjetivas, nas quais também refletem suas dificuldades. Esta também pode ser influenciada pela visão de mundo, cultura, pela personalidade do indivíduo e até por suas expectativas quanto a sua vida.

Em suma, os dados apresentados mostram uma estrutura multidimensional da autopercepção de saúde, evidenciam que a população percebe saúde não apenas como inexistência de doença, mas também como um constructo relacionado com aspectos sociais e demográficos, e em menor proporção, com aspectos comportamentais. Essa estrutura relembra à definição de saúde como “bem estar físico, mental e social”, elegida pela Organização Mundial de Saúde. Por conseguinte, abordagens em saúde devem assentir esse fato e livrar-se do modelo rudimentar onde a saúde é dicotomizada em doente e não-doente.

## REFERÊNCIAS

Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol, MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 15-30.

Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade, 2002; 11(1):67-84.

Lima PC, Silva AB, Traldi MC. Determinantes do processo saúde-doença: identificação e registro na consulta de enfermagem. *Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional*, 2008; 4(5):197-210.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 2007; 17(1):77-93.

Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2010; 5(17):9-15.

Aleixo NCR, Sant'anna Neto JL. Percepção e riscos, abordagem socioambiental do processo saúde-doença. *Mercator*. 2011; 10(22):191-208.

Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 2005; 17(5):333-341.

Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Soc Sci Med*, 2003; 56(2):203-217.

Marcellini F, Leonardi F, Marcucci A, Freddi A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Arch. Gerontol. Geriatri. Suppl*, 2002; 8(1):181-189.

Kunkel N, Oliveira WT, Peres MA. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes de Florianópolis. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(2):226-35.

Loch MR, Possamai CL Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescente escolares de Florianópolis, SC. *Cienc Cuid Saude*, 2007; 6(2):377-383.

Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *Am J Public Health*, 1999; 89:1522-8.

Moreira TMM, Santiago JCS, Alencar GP. Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2014; 48(5):794-803.

Santos CA. Qualidade de vida, autopercepção de saúde e de comunicação de adolescentes de 15 a 18 anos, estudantes de escolas pública e privada de Belo Horizonte/MG. Monografia - Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Hartmann ACVC. Fatores associados à autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre. Tese De Doutorado - Programa de Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012; 17(12):3353-62.

Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med*, 1993; 36(1):33-46.

Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science and Medicine*, 2001; 52(8):1297-1311.

Dachs J, Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2002;7:641-57.

Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MJG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares, de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22(8):1565-74.

Cureau FV, Duarte PM, Santos DL, Reichert FF. Autopercepção de saúde em adolescentes: prevalência e associação com fatores de risco cardiovascular. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*, 2013; 18(6):750-760.

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Revista Saúde Pública*, 2004;38(6):827-34.

Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34(1):44-9.

Blumenthal D, Mort E, Edwards J. The efficacy of primary care for vulnerable population groups. *Health Serv Res*, 1995; 30:253-73.

Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*, 2002; 37:529-50.

Ma J, Stafford RS. Quality of US outpatient care: temporal changes and racial/ethnic disparities. *Arch Intern Med*, 2005; 165:1354-61.